# ESSAI

N° 266.

SUR

# L'ÉTRANGLEMENT DE LA HERNIE

## ENTÉRO-ÉPIPLOÏQUE INGUINALE;

## THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 décembre 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR J.-B.-A. MARIE, de Poilly,

Département de l'Yonne,

Bachelier ès-lettres ; ancien Élève de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et autres de province.

*Qui benè judicat, benè curat : integritas judicii fons et caput est benè medendi.*

BACCHI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Professeurs.*

| M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen. | Messieurs. |
|---|---|
| Anatomie | CRUVEILHIER, *Examinateur*. |
| Physiologie | DUMÉRIL. |
| Chimie médicale | ORFILA. |
| Physique médicale | PELLETAN. |
| Histoire naturelle médicale | CLARION, *Suppléant*. |
| Pharmacologie | GUILBERT. |
| Hygiène | ANDRAL. |
| Pathologie chirurgicale | MARJOLIN. ROUX. |
| Pathologie médicale | FIZEAU. FOUQUIER. |
| Opérations et appareils | RICHERAND. |
| Thérapeutique et matière médicale | ALIBERT. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés | DESORMEAUX. |
| Clinique médicale | CAYOL, *Examinateur*. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER. |
| Clinique chirurgicale | BOUGON. BOYER, *Examinateur*. DUBOIS, *Président*. DUPUYTREN. |
| Clinique d'accouchemens | DÉNEUX. |

*Professeurs honoraires.*

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

*Agrégés en exercice.*

| Messieurs | Messieurs. |
|---|---|
| Baudelocque. | Devergie. |
| Bayle. | Dubled. |
| Berard. | Dubois. |
| Blandin. | Gerdy. |
| Bouillaud. | Gibert, *Examinateur*. |
| Bouvier. | Hatin, *Examinateur*. |
| Briquet | Lisfranc. |
| Brongniar, *Suppléant*. | Martin Solon. |
| Cloquet. | Piorry. |
| Cottereau. | Rochoux. |
| Dalmas. | Trousseau. |
| Danck. | Velpeau. |

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

# A MON PÈRE

ET

# A MA MÈRE.

*Gage d'amour filial et d'une reconnaissance sans bornes.*

## A MES ONCLES,

Chirurgiens.

## A MES TANTES.

*Témoignage d'un respectueux attachement.*

## A MON FRÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

J.-B.-A. MARIE.

# ESSAI

SUR

# L'ÉTRANGLEMENT DE LA HERNIE

## ENTÉRO-ÉPIPLOÏQUE INGUINALE.

Avant d'aborder une question aussi délicate, il m'a semblé indispensable de dire quelques mots des hernies en général, et en particulier de la hernie inguinale, pour arriver aux considérations qui m'ont engagé à choisir pour sujet de thèse l'étranglement de cette hernie; puis je dirigerai toute mon attention sur le sujet lui-même, qui m'a paru de la plus haute importance et digne du plus vif intérêt.

On entend par hernie (*hernia*, *ramex*, *ruptura*, κήλη) une tumeur plus ou moins saillante, ordinairement appréciable à nos sens, et le plus souvent visible à l'extérieur, résultant du déplacement des parties molles. Il est facile de voir, par cette définition, que j'entends parler de tout déplacement possible; cependant le mot *hernie* (*ramex*) indique plus particulièrement les tumeurs dues au déplacement et à la sortie des viscères abdominaux.

La fréquence de ce genre de maladie est vraiment digne de remarque sous plus d'un rapport. Il résulterait des calculs faits par *Chaussier*

que le trentième au moins de l'espèce humaine serait affecté de cette infirmité.

Selon *Arnaud* et *Gimbernat*, cette maladie ne serait aussi rare que dans le nord de l'Europe, tandis qu'en France et en Angleterre, elle attaquerait le vingtième de la population, le quinzième en Espagne et en Italie.

Les viscères abdominaux se déplacent beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme.

M. *Jules Cloquet*, à qui la science est redevable de si beaux travaux sur les hernies de l'abdomen, a trouvé 457 hernies sur 8,000 cadavres; de ces 457 hernies, 307 appartenaient à des hommes, 150 à des femmes.

L'âge, la constitution, la profession, et même l'hérédité, sont pour beaucoup dans la fréquence ou la rareté de cette maladie.

Les hernies offrent une foule de différences très-importantes d'après les parties qui les forment, le lieu qu'elles occupent, leur mode de développement et les symptômes qui suivent leur apparition; mais l'examen de ces points divers réclamerait un traité complet des hernies; une pareille tâche serait au-dessus de mes forces : trop heureux si, en me renfermant dans le cercle que je me suis tracé, je puis offrir à mes juges un travail qui ne soit pas tout à fait indigne de leur bienveillance.

Je dois cependant m'arrêter un instant sur la hernie inguinale, celle où les parties, après avoir parcouru tout ou une partie du trajet du canal inguinal, viennent se montrer à son orifice externe. Tant qu'elles n'ont pas franchi l'aine, on donne à cette hernie le nom de *bubonocèle*; celui de *scrotale* ou *orchéocèle*, aussitôt qu'elles ont pénétré dans le scrotum. Chez la femme, elle conserve la même dénomination dans le premier cas; dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la hernie descend au-dessous de l'anneau, on l'appelle *hernie de la grande lèvre*.

Presque toujours elle est formée soit par l'intestin grêle et l'épiploon ensemble, soit par l'une ou l'autre de ces parties isolément.

On nomme *hernie congénitale* (*vaginale* de M. *Dupuytren*) celle qui se produit chez les enfans mâles avant l'oblitération de l'ouverture de communication entre la cavité du péritoine et celle de la tunique vaginale.

Ces considérations générales m'ont paru nécessaires pour éviter des répétitions fastidieuses.

Voici maintenant des raisons qui ont déterminé le choix de mon sujet.

De tous les accidens qui peuvent compliquer les hernies, l'étranglement est assurément le plus redoutable, celui qui réclame, de la manière la plus impérieuse, la main du chirurgien, celui qui expose le malade à des dangers plus sûrement et plus promptement funestes. Pendant un assez long séjour dans divers hôpitaux militaires auxquels je fus attaché, et dans les cliniques des hôpitaux civils de Paris, j'ai fort souvent trouvé l'occasion de reconnaître combien étaient exactes les assertions des auteurs à ce sujet.

Quel praticien, dans les campagnes, n'a pas eu la triste occasion d'observer les suites funestes de l'accident qui m'occupe! Que de malheureux à charge à eux-mêmes, objets de dégoût pour la société, qui les repousse, y traînent, au milieu de souffrances sans cesse renaissantes, la plus déplorable existence!

En cherchant les causes variées d'où naissent ces tristes résultats, nous trouverons que c'est tantôt d'une fausse honte, qui défend à certains malades de mettre leurs maux sous les yeux des personnes qui les entourent, tantôt de l'ignorance du danger auquel ils sont exposés, quelquefois d'un intérêt sordide ou d'une extrême misère; enfin, il faut bien le dire, trop souvent de méprises grossières de gens qui usurpent le titre de chirurgien; car compter ici trop sur les efforts de la nature, serait braver un danger que chaque instant écoulé rend plus imminent. Ce n'est donc pas le moment de rester spectateur complaisant des symptômes effrayans qui se succèdent, mais bien, le plus ordinairement, celui d'agir.

Je pourrais bien certainement étayer chacune de mes propositions

de faits que j'ai observés ; je me borne à un seul ; bien qu'il s'agisse d'une hernie crurale, je ne le crois pas moins propre à servir au but que je me propose.

Une femme, âgée de soixante-douze ans, portait depuis vingt ans une hernie fémorale du côté droit, qui sortait et rentrait presque tous les jours. Des matières fécales s'accumulèrent dans l'anse intestinale herniée ; en quelques jours, la tumeur acquit un volume considérable, les symptômes de l'étranglement par engouement se manifestèrent avec assez de lenteur. La malade ne réclama les secours du chirurgien que le huitième jour, époque à laquelle des phénomènes plus effrayans commencèrent. Les personnes chargées de lui donner des soins firent venir un de ces hommes dont je parlais il n'y a qu'un instant ; et, après un long et sérieux examen, il annonça gravement que cette tumeur, symptomatique d'une affection syphilitique, devait être promptement et nécessairement ouverte par l'instrument tranchant, qu'il était certain qu'il s'en écoulerait une énorme quantité de *matières purulentes*.

La malade demanda qu'il lui fût accordé vingt-quatre heures ; *la partie* fut, par conséquent, remise au lendemain ; un large cataplasme prescrit, pour favoriser la *maturité de l'abcès :* c'était le nom que le *chirurgien* donnait à cette tumeur.

Le jour même, un chirurgien des environs fut appelé par la malade ; la simple inspection d'une tumeur située au haut de la cuisse, et la manière dont elle se comportait avant l'accident, ne lui permirent pas d'élever le moindre doute sur sa véritable nature.

Le taxis opéré avec assez de difficulté, *le prétendu bubon* disparut comme par enchantement.

Tous les accidens cessèrent, et la malade s'étant soumise à l'application d'un bandage, ils ne reparurent pas depuis.

Heureusement qu'aujourd'hui une ignorance de pareille force devient aussi rare qu'elle était commune autrefois !

Je pourrais encore citer plusieurs cas non précisément semblables, mais où une espérance mal fondée, une crainte mal entendue de la

part du chirurgien, ont amené un retard presque constamment funeste; des individus ont succombé, d'autres sont restés toute leur vie sous le poids d'infirmités auxquelles on devrait peut-être préférer la mort.

Rarement les viscères abdominaux sortent de la cavité qui les recèle, et séjournent dans un sac herniaire, sans que ce déplacement, qu'on peut appeler *changement de domicile*, leur soit ou ne puisse leur devenir plus ou moins funeste.

Dans l'abdomen, les viscères sont protégés de toutes parts, et placés dans les conditions les plus favorables pour l'accomplissement des importantes fonctions qui leur sont confiées.

Dans les hernies, au contraire, leurs relations physiologiques se lient difficilement; il se crée des rapports défectueux soit entr'eux, soit avec les parties qui les environnent.

On voit par là que les hernies ont toutes ceci d'alarmant pour ceux qui en sont affectés: c'est que s'ils n'y apportent les plus grands soins, et n'usent des plus sages précautions, elles les disposent à un accident contre lequel les chirurgiens les plus habiles et les plus exercés déploient souvent en vain toutes leurs ressources et leurs talens.

## *De l'étranglement.*

Accident extrêmement grave, peut être défini l'interception plus ou moins complète des matières dans les parties herniées, et quelquefois, en même temps, des voies de communication que ces mêmes parties déplacées doivent avoir avec les sources de la vie. La première partie de cette définition, empruntée à un auteur du plus grand mérite, ne m'a pas paru suffire, à moins qu'on ne puisse entendre par *matières* tous les matériaux qui, portés dans le torrent de la circulation, servent à la nutrition de nos organes et à l'entretien de leur existence.

M. *Marjolin* définit l'étranglement de la hernie inguinale de la manière la plus exacte: « C'est un état, dit-il, dans lequel les parties sont

comprimées circulairement ou presque circulairement, d'une manière continue, soit au niveau de l'ouverture par laquelle les viscères sont sortis, soit au-dessus, soit au-dessous, soit enfin dans plusieurs de ces endroits en même temps, et à un degré tel, qu'il en résulte des symptômes fâcheux et l'impossibilité de réduire la hernie. » Cette définition, qui est l'image des faits, ne laisse, selon nous, rien à désirer.

On reconnaît plusieurs espèces d'étranglement. *Richter*, et quelques autres avec lui, admettent un étranglement inflammatoire ou *aigu*, un par engouement ou *chronique lent*, et un troisième qu'ils appellent *spasmodique*. M. *Marjolin* en veut un entre les deux premiers, et qu'il nomme *mixte*. Quoi qu'il en soit de cette division, à l'exemple de M. *Boyer*, nous n'admettrons que deux espèces d'étranglement, inflammatoire et par engouement.

Le premier vient, le plus souvent, compliquer les hernies récentes qui paraissent subitement à l'occasion d'un effort, d'un coup, d'une violente pression exercée sur l'abdomen; il a d'ailleurs des caractères qui permettent de le distinguer du second, et sur lesquels nous reviendrons en en faisant la symptomatologie.

Le deuxième, ou par engouement, résultat de l'accumulation des matières fécales, de vers, de corps étrangers, etc., qui agissent plutôt les derniers, en interceptant le cours des excrémens, ne se rencontre guère que dans les hernies anciennes, volumineuses, qui existent depuis la naissance, ou bien qui se réduisent et reparaissent alternativement par les différentes positions du malade, et où, par conséquent, le canal inguinal a acquis une dilatation considérable. Ici, les accidens marchent avec beaucoup de lenteur: le premier phénomène qu'on observe est l'augmentation de volume dans la tumeur; le ventre est peu douloureux; il est plutôt, comme le dit M. *Boyer*, boursoufflé que tendu; il y a constipation, et bientôt la plénitude du canal intestinal au-dessus de l'étranglement provoque les nausées et les vomissemens, qui ont lieu sans beaucoup d'efforts, et comme par *regorgement*. Le malade, presque toujours menacé de suffocation par

la grande abondance des gaz extrêmement fétides qui se dégagent sans cesse, se trouve dans la situation la plus pénible. Ces accidens peuvent subsister quelque temps, sans que la vie des malades soit dans un danger imminent; mais à ceux-ci il peut s'en joindre d'autres: l'accumulation long-temps prolongée des matières stercorales dans une anse intestinale, la pression de l'anneau ou du collet du sac ne peuvent-ils pas, en effet, produire une inflammation assez intense pour nécessiter des secours non pas seulement aussi pressans, mais bien plus que dans l'étranglement inflammatoire simple?

J'ai cru devoir entrer dans quelques détails au sujet de l'engouement, afin de n'avoir plus guère à m'occuper que de l'étranglement inflammatoire.

Dans le cadre des causes des étranglemens de la hernie inguinale rentrent d'abord celles des hernies qu'on a divisées en *prédisposantes* et en *occasionnelles* : les premières tiennent à la disposition des viscères abdominaux ou à celle des parois de cette cavité, au petit volume de l'intestin, à sa position près de l'anneau inguinal, l'allongement de l'épiploon, etc.

Les causes efficientes ou occasionnelles sont toutes les puissances capables de lancer les viscères contre l'ouverture du canal inguinal, en appliquant les parois abdominales contre ces mêmes viscères. Ce sont là, en partie, les causes des hernies; mais voyons celles qu'on peut appeler *matérielles* et propres à l'étranglement.

Quelque nombreuses et variées que soient ces causes, elles peuvent être rapportées à l'état de l'anneau inguinal et du canal du même nom, à l'état du sac hernaire et aux différentes maladies dont il est susceptible de devenir le siége; à la constitution des parties que le sac renferme, et enfin à la disposition des parties qui avoisinent la hernie.

La description du canal inguinal m'ayant paru propre à l'intelligence de l'étranglement, dont il peut être la cause, je suis entré dans quelques détails qui, quoique sommaires, ne me seront pas moins de la plus grande utilité.

*Du canal inguinal.*

C'est un véritable conduit à parois bien distinctes, situé dans l'espace inguinal supérieur, long d'un pouce et demi environ, donnant passage au cordon des vaisseaux spermatiques chez l'homme, et au ligament rond de l'utérus chez la femme.

Dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, le canal inguinal présente à considérer quatre parois et deux ouvertures; des quatre parois, l'une est antérieure, formée par l'aponévrose du muscle grand oblique. Cette aponévrose, après avoir concouru à la formation de la ligne blanche, en se réunissant avec celle du côté opposé, vient se fixer, en bas et en dehors, à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; en bas et en dedans, à la partie supérieure du pubis. Le bord inférieur se trouve placé entre les deux insertions; là, il se replie sur lui-même, d'avant en arrière, et forme une espèce de gouttière, dont la concavité regarde en haut; c'est ce qui constitue la paroi inférieure: ce bord porte le nom d'*arcade crurale*, de *ligament de* Fallope ou de Poupart.

Les fibres de cette aponévrose, parallèles les unes aux autres, sont d'autant plus fortes qu'elles sont plus inférieures; elles se dirigent obliquement en bas et en dedans; près du pubis, elles se séparent en deux faisceaux qu'on nomme *piliers de l'anneau inguinal;* de ces deux piliers, l'un est interne ou supérieur, mince, large et aplati; il se fixe au-devant de la symphyse du pubis, en s'entre-croisant avec celui du côté opposé: l'autre est externe et inférieur; il s'attache à l'épine du pubis et à la crête du même nom. De l'écartement de ces deux faisceaux, résulte une ouverture triangulaire à laquelle on a donné le nom d'*anneau inguinal*, ou du *grand oblique*, ou enfin de *trou sus-pubien;* (Chaussier), *orifice inférieur.* La paroi postérieure est formée aux dépens du feuillet réfléchi du muscle oblique externe, qu'*Astley Cooper* a appelé *fascia transversalis*, aponévrose assez mince, naissant, comme il a été dit, du bord postérieur de l'arcade crurale de

l'aponévrose du muscle iliaque et du bord externe du tendon du muscle droit. En bas, et vers le milieu environ de l'arcade crurale, cette aponévrose donne naissance à un canal membraneux qui commence par un orifice évasé, dont le grand diamètre est vertical, et dont le bord interne est plus épais que l'externe; ce canal descend autour des vaisseaux spermatiques, pour former leur gaîne propre. L'expansion, qui se prolonge ainsi autour du cordon descend avec lui jusqu'au testicule, et se continue avec les enveloppes de cet organe. Enfin, le canal inguinal est limité en haut par le bord inférieur des muscles oblique interne et transverse, dont des fibres se détachent pour former le muscle crémastère.

L'ouverture supérieure, par laquelle le canal inguinal communique avec la cavité abdominale, regarde en haut et en dehors; son contour est bien plus fort en dedans, où il est soutenu par un repli falciforme fibreux, détaché de l'arcade crurale, qu'en dehors, où il est mince, et donne naissance à une espèce d'entonnoir membraneux qui reçoit les vaisseaux spermatiques et les accompagne.

L'orifice inférieur du canal inguinal est aussi interne et un peu antérieur : c'est celui qui s'ouvre à l'extérieur; on l'appelle ordinairement *anneau inguinal.* Ce canal offre des variétés dans son étendue, sa forme, etc. ; ce qui influe sur la fréquence des hernies et des étranglemens; l'arrangement des fibres qui constituent cette ouverture la rend susceptible d'une résistance et d'une élasticité considérables.

Le canal inguinal est plus large, a des ouvertures mieux prononcées chez l'homme que chez la femme.

Dans l'un et l'autre sexe, il a des rapports avec l'artère épigastrique, qu'il nous importe beaucoup de connaître; cette artère a des connexions très-étroites avec le canal inguinal par la paroi postérieure; elle se trouve d'abord située derrière le cordon des vaisseaux spermatiques et l'ouverture supérieure du *fascia transversalis*, qui leur donne passage; mais bientôt elle se trouve placée en dedans de cette ouver-

ture, embrassée par quelques fibres du *fascia transversalis*. Mais nous aurons occasion d'y revenir plus tard.

Après avoir étudié bien légèrement, il est vrai, le canal inguinal, voyons comment l'anneau devient cause de l'étranglement.

Autrefois on pensait que les fibres qui circonscrivent l'anneau inguinal étaient susceptibles de se retirer, de s'enflammer et de se contracter ; mais il est à peu près généralement admis aujourd'hui qu'elles n'ont presque aucune de ces propriétés, ou au moins qu'elles n'en jouissent pas à un degré bien marqué. Cependant on sait que dans certains cas de hernies inguinales, les parties déplacées sont constamment comprimées par le contour aponévrotique de l'anneau inguinal qui leur a donné passage, et que, pour faire cesser les accidens de l'étranglement, la dilatation en devient indispensable; néanmoins on refuse à ces ouvertures aponévrotiques la faculté d'une contraction active. En effet, ce n'est pas ainsi qu'on doit entendre le mécanisme de cette action, mais bien en vertu de l'élasticité dont sont douées les fibres aponévrotiques de cet orifice, qui, après avoir cédé momentanément à l'impulsion transmise aux parties contiguës, par une contraction plus ou moins violente des muscles abdominaux et du diaphragme, reviennent presque instantanément sur elles-mêmes, et, reprenant à peu près leur disposition première, exercent sur les parties herniées une constriction bien différente, sans doute, de celle que produiraient des fibres musculaires, mais cependant assez puissante pour déterminer des symptômes extrêmement graves et des plus alarmans. L'engorgement du tissu cellulaire du canal inguinal, une tumeur développée dans son trajet, etc., peuvent avoir des résultats plus ou moins analogues.

Mais ordinairement ce dernier genre d'étranglement est d'abord lent, puis il arrive à l'état aigu ; tandis que, dans le premier cas, les symptômes se manifestent quelquefois tout à coup et immédiatement après la sortie de la hernie. Il n'y a d'ailleurs que lorsque les viscères abdominaux sont chassés avec violence de leur cavité, que l'anneau inguinal peut exercer son action meurtrière sur les parties ;

en voici un exemple assez frappant, recueilli sur un de mes collègues, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

A l'âge de sept ans, ce jeune homme reçut dans les bourses un coup de pied qui occasionna la retraite du testicule dans le canal inguinal, où il resta caché pendant plusieurs mois ; enfin il descendit dans le scrotum ; mais il ne tarda pas à remonter, puis à redescendre, selon que la position était horizontale ou verticale. A l'âge de douze ans, il occupait sa place naturelle. Depuis cette époque jusqu'à vingt-deux ans, aucun accident n'était survenu, lorsque, le 10 septembre 1828, dans une promenade fort douce, il fut pris subitement de violentes coliques, qu'il ne savait à quoi attribuer, et qui l'obligèrent à se faire conduire chez lui. En portant la main dans l'aine du côté droit, il s'aperçut bientôt qu'il y existait une tumeur assez volumineuse ; déjà, à son arrivée chez lui, elle avait acquis la grosseur des deux poings. Dès-lors, des nausées et des vomissemens survinrent.

Une forte saignée fut pratiquée, trente sangsues furent appliquées sur la tumeur; des bains, des lavemens lui furent prescrits. Vains efforts de réduction ; toute la nuit le malade fut tourmenté des douleurs les plus violentes, et dans la région abdominale et dans celle de l'anneau ; vomissemens très-fréquens. Le lendemain, M. *Velpeau*, après avoir tenté en vain la réduction, pratiqua l'opération ; le sac ouvert, on y remarqua une anse intestinale et une portion d'épiploon : le tout ayant été trouvé sain, le débridement de l'anneau fut opéré et la réduction faite sans difficulté. Aucun accident n'est survenu depuis.

*Du sac herniaire.*

Ou bien il se forme lorsque le testicule descend dans le scrotum, en entraînant avec lui une portion du péritoine; ce qui constitue la tunique vaginale, qu'on pourrait appeler aussi *sac naturel.*

Ou bien le sac est le résultat d'un prolongement du péritoine que

l'intestin ou une autre partie pousse en avant en sortant de l'abdomen ; celui-ci sera le *sac accidentel.*

Dans le premier cas, quand une hernie a lieu, elle est dite *congénitale* (vaginale) ; dans le second, on la nomme *ordinaire* (péritoniale).

A une époque encore éloignée de la naissance, les testicules sont, en quelque sorte, comptés parmi les organes abdominaux.

Placés au-dessous des reins, ils n'ont de communication avec le lieu qu'ils doivent occuper plus tard qu'au moyen d'une sorte de petit ligament, que Haller appelle *ligament suspenseur du testicule*, Hunter, *gubernaculum testis.*

D'après les nombreuses observations de ce dernier, c'est au neuvième mois de la grossesse qu'on trouve ordinairement le testicule dans le scrotum.

En descendant du lieu qu'il occupait primitivement à celui où il doit séjourner toute la vie, le testicule, comme je l'ai déjà dit, entraîne avec lui une portion du péritoine, qui forme une cavité allongée, comparée, par M. *Boyer*, à un doigt de gant. Dès qu'il est arrivé dans le scrotum, son ligament est fort court. De cette manière, il n'est pas difficile de se rendre compte comment cette cavité communique avec celle de l'abdomen, et comment, par conséquent, s'effectuent ces espèces de hernies qu'on nomme *inguinales congénitales* (vaginales).

Après la naissance, le plus ordinairement au moins, cette ouverture de communication s'oblitère ; mais elle peut ne pas se fermer, ne se fermer qu'incomplètement, ou bien enfin se rouvrir plus ou moins de temps après la naissance, et livrer passage à une hernie ; et cependant, d'après ce qui a été dit et écrit à ce sujet jusqu'à présent, cette descente portera le nom de *congénitale*, mot impropre, inexact, et capable d'induire en erreur. Voilà, sans doute, la raison qui a porté M. *Dupuytren* à lui en substituer un qui est l'expression du fait. Après cela, il nous semble que rien ne s'oppose à ce qu'on donne le nom de *vaginale* à celle qui s'effectue plus ou moins long-

temps après la naissance, et celui de *vaginale congénitale* à celle qui a lieu immédiatement après la naissance.

Si on me demandait si la descente du testicule dans le scrotum est indispensable à celle de la tunique vaginale, je répondrais négativement : un cas, et ce n'est pas le seul, qui vient de se présenter à l'Hôtel-Dieu, où il y avait hydrocèle de la tunique vaginale, présence du testicule dans le canal inguinal et étranglement intestinal au-dessus, vient à l'appui de ce que j'avance.

Les rapports de la tunique vaginale avec les parties importantes à considérer, étant les mêmes que ceux du sac herniaire dans la hernie inguinale externe ordinaire, c'est seulement là que je m'y arrêterai.

Voyons maintenant se former le sac dans la hernie inguinale ordinaire.

Le péritoine est susceptible, et particulièrement dans la région qui nous occupe, en raison de la laxité du tissu cellulaire qui l'unit aux autres parties, de déplacemens extraordinaires, jouissant aussi au plus haut degré de la faculté de se laisser étendre et dilater.

Vers la paroi postérieure du canal inguinal et sur le péritoine, on voit un repli qui contient l'artère ombilicale oblitérée, séparant deux fossettes auxquelles on a donné le nom d'*inguinales;* l'une est *interne* et *inférieure*, c'est la plus petite ; l'autre, séparée de celle-ci par l'ouraque, est *externe* et *supérieure;* plus grande que la précédente, elle correspond à l'endroit où le cordon des vaisseaux spermatiques s'engage dans l'ouverture du *fascia transversalis.*

La hernie est dite *externe* ou *interne*, selon que les viscères s'échappent par l'une ou par l'autre de ces fossettes. Ces deux espèces de hernies sont bien différentes sous le rapport des enveloppes qui les renferment. Dans la hernie inguinale externe, les enveloppes sont toutes celles du cordon, tandis qu'elles manquent quand la hernie inguinale est interne, chose très-rare ; c'est pourquoi nous n'en parlerons qu'en passant. Cependant je dois faire remarquer ici une circonstance très-importante : c'est qu'il n'arrive pas toujours, comme

on l'a dit, que dans cette espèce de hernie, le *fascia transversalis* se rompe sans laisser échapper les intestins ou autres parties n'ayant que la membrane péritonéale pour enveloppe. Je dois à M. *Dubled*, et qu'il me soit permis de lui en témoigner ma reconnaissance, d'avoir vu le *fascia tranversalis* former une seconde enveloppe à une entérocèle assez volumineuse. Il ne s'agit peut-être que d'y prêter beaucoup d'attention pour s'apercevoir que ce cas se présente assez souvent, comparativement à la rareté des hernies inguinales internes.

M. *Dubled* m'a dit l'avoir rencontré trois fois. Si dans cet état de choses, par une cause quelconque, les intestins viennent à se loger dans la fossette externe, qui a la forme d'un entonnoir, et que par un effort plus ou moins violent, soit de la part des muscles abdominaux, soit du diaphragme, les intestins ou autres parties poussent au-devant d'eux le fond de cette cavité, on la verra bientôt s'allonger en forme d'appendice, et descendre plus ou moins le long du trajet du cordon testiculaire, et constituer ainsi ce qu'on nomme le *sac herniaire*.

*Des rapports de cette hernie avec le cordon des vaisseaux spermatiques et l'artère épigastrique.*

Le cordon des vaisseaux spermatiques passe obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans sous le col de la tumeur; il gagne bientôt son côté interne et postérieur : c'est à ce moment qu'il croise la direction de l'artère épigastrique. Dans l'état naturel, l'artère épigastrique passe près de l'angle supérieur de l'anneau; mais comme la portion de cette artère qui embrasse le cordon est refoulée en bas, en dedans et en arrière, elle finit par en être très-éloignée.

Quand le cordon a franchi l'anneau, il continue à descendre le long de la partie postérieure interne de la tumeur.

Dans les hernies inguinales internes, le cordon se place au côté externe du sac, en se rapprochant plus ou moins de sa face antérieure.

Si les parties venaient à former hernie après s'être fait jour à travers les faisceaux fibreux du pilier externe de l'anneau, le cordon devrait être placé antérieurement.

Flottant dans la cavité du péritoine et appliqués contre les ouvertures par lesquelles les hernies s'effectuent communément, les intestins et l'épiploon sont, de tous les viscères du ventre, ceux qui se déplacent le plus facilement et le plus souvent, soit ensemble, soit isolément ; ils constituent presque toujours, en tout ou en partie, les hernies inguinales, et la nature de leurs fonctions et de leur organisation les dispose à l'accident appelé *étranglement*.

Dans les entéro-épiplocèles, c'est constamment l'épiploon qui se trouve placé en avant.

D'après ce qui vient d'être dit, voyons, en commençant par le sac, comment toutes ces parties peuvent devenir causes matérielles de l'étranglement. Le sac se divise en plusieurs parties, qui sont le col, le corps ou partie moyenne, et le fond, qui occupe le plus ordinairement la partie inférieure de la tumeur.

Ce col, cette portion du sac correspondant à l'anneau, éprouve quelquefois des maladies, des changemens qui peuvent devenir funestes au malade, soit par la présence d'un bandage mal appliqué, soit par toute autre cause ; l'orifice du sac peut se présenter sous la forme d'un anneau arrondi très-résistant ; d'autres fois il est plus ou moins allongé, en forme de tube.

Il est d'autres sacs dont le collet est arrondi, mousse dans un point, mince, tranchant dans un autre ; le col peut être rétréci par son séjour long-temps prolongé dans l'anneau, et devenir ainsi cause de l'étranglement des parties auxquelles il donne passage. Si on se rappelle la faculté dont jouit ordinairement la tunique, de revenir sur elle-même après la descente du testicule dans le scrotum, si on remarque ce qui se passe après la réduction exacte d'une hernie ordinaire bien maintenue, on ne sera plus tant étonné de le voir aussi souvent comprimer les parties qui le traversent. Il semblerait, comme l'observe *Scarpa*, que la tunique vaginale, naturellement disposée à s'oblitérer, dût avoir

plus de tendance à se resserrer que le col d'un sac herniaire ordinaire. Je crois que M. *Marjolin* est de cet avis.

Par l'accroissement ultérieur du sac, la partie qui occupait l'anneau peut descendre, et successivement former plusieurs cavités séparées par des rétrécissemens, qui peuvent devenir plus ou moins funestes. Ces cavités seront placées au-dessus les unes des autres, ou se correspondront par leurs parties latérales ; elles n'en seront pas moins des circonstances bien propres à favoriser l'accident dont il s'agit. Les collets sont susceptibles de rétrograder du côté de l'abdomen, et donner ainsi naissance à un étranglement plus ou moins élevé dans ou au-dessus du canal, cas des plus graves.

Le corps du sac peut être divisé en deux parties par une espèce de cloison, percée, à son centre, d'une ouverture à bords plus ou moins tranchans ; des brides membraneuses, qui se développeraient dans son intérieur, pourraient également occasionner des accidens.

*J. L. Petit* et M. *Boyer* citent chacun un exemple de perforation du sac herniaire, où les intestins ont été ou auraient pu être comprimés de manière nuisible à leurs fonctions.

La réduction d'une hernie, si le collet du sac rentre dans l'abdomen, peut être suivie d'accidens les plus graves ; de même, une hernie se réduisant, soit spontanément, soit avec les secours de l'art, peut ne pas suivre la route qu'elle a parcourue pour se produire; ou bien il est possible que cette route ait subi des changemens pendant son séjour hors de la cavité abdominale. *Chopart* cite une observation de ce genre où le malade succomba; et, à l'ouverture de son corps, il fut facile de voir que l'intestin, qui auparavant formait la hernie, était placé derrière une bride, devant laquelle il avait passé pour se déplacer.

Je sais combien je suis éloigné d'avoir étudié toutes les variétés d'étranglemens produits par les différens points du sac; mais ce n'est pas dans un ouvrage de ce genre que je puis entrer dans d'aussi grands détails.

Sont dépourvues de sac les hernies qui se reproduisent après avoir été opérées, et celles qui s'effectuent après la rupture du péritoine.

La texture des intestins les rend peu susceptibles d'étrangler l'épiploon : celui-ci, au contraire, agit souvent sur les intestins d'une manière funeste : déplacé depuis long-temps, il se convertit quelquefois en une masse épaisse et dure. Rarement on le voit servir d'un second sac aux intestins. L'épiploon déchiré peut étrangler l'intestin qui le traverse ; en contractant des adhérences avec ce dernier et le péritoine, il engendre des agens d'étranglement d'autant plus fâcheux qu'ils se sont souvent trouvés au-dessus de l'atteinte de l'opérateur. D'ailleurs, combien de variétés de brides épiploïques n'a-t-on pas observées ! Placées au niveau, au-dessus et au-dessous de l'anneau ; transversales, obliques ou longitudinales ; fixées dans l'abdomen ou dans le sac herniaire, quelquefois dans l'un et l'autre, par deux extrémités ; adhérentes au mésentère, à l'intestin, au testicule ; arrondies en cordons ou aplaties en rubans, elles forment tantôt des moitiés d'anneaux, des anneaux entiers, tantôt des bandelettes.

Une portion d'intestin peut, en descendant dans un sac herniaire, y tomber de telle façon, qu'elle forme un huit de chiffre plus ou moins régulier, et qu'en s'entre-croisant, les bras de l'anse se compriment mutuellement. L'intestin, descendu dans le sac, et formant un angle très-aigu avec le reste du tube digestif, a quelquefois éprouvé de graves accidens ; deux anses intestinales, dans un même sac, peuvent se devenir plus ou moins nuisibles ; le rétrécissement de l'intestin lui-même, des adhérences qu'il a contractées avec le sac, l'épiploon ou le testicule, le développement d'une tumeur dans l'épaisseur de ses parois, ou dans le mésentère, qui aurait suivi l'intestin, et enfin le *volvulus* de ce dernier déplacé, peuvent devenir autant de causes du cruel accident dont je trace l'histoire.

Des parties qui environnent la hernie, des tumeurs, le testicule, l'appendice cœcale, et diverses bandelettes attachées d'une part au

mésntère, et de l'autre à l'intestin grêle, ont pu avoir aussi des résultats fâcheux.

*Symptômes.*

Quelle que soit la cause matérielle de l'étranglement aigu, on voit se développer des phénomènes qui, formés des mêmes traits, offrent souvent des physionomies différentes; les accidens sont loin de se manifester avec la même intensité, et d'avoir une marche également rapide chez tous les individus et dans toute espèce de hernie inguinale.

Si une anse intestinale est comprimée complètement dans toute sa circonférence, le malade ne tarde pas à éprouver une douleur très-vive aux environs de l'anneau, qui se fait sentir particulièrement au lieu de l'étranglement, douleur qui se répand dans l'abdomen par une sorte d'irradiation vague; la hernie est tendue, rénitente. La réduction en est impossible; il y a interruption du cours des matières fécales et des gaz. Bientôt des phénomènes de continuité ou de sympathie se montrent du côté de l'estomac; ces symptômes inflammatoires s'accompagnent de nausées, d'efforts pénibles et fréquens, de vomissemens. Les matières vomies sont d'abord muqueuses, bilieuses, porrigineuses; plus loin, elles ont l'odeur des matières fécales. Le hoquet s'est déjà uni à ces symptômes; la langue et l'arrière-bouche se dessèchent et jaunissent; le pouls est dur, serré, fréquent; l'inspiration courte, quelquefois entrecoupée; abattement presque complet des forces du malade; la soif est vive, et les boissons sont ordinairement rejetées peu de temps après leur ingestion dans l'estomac, qu'elles soulèvent en quelque sorte.

Si la cause subsiste, ces accidens acquièrent une nouvelle force; les douleurs, bien plus aiguës dans la tumeur, augmentent au moindre contact; elles deviennent fixes dans l'abdomen, et s'accompagnent de borborygmes; la langue est sèche, la soif intense. Après les nausées et les vomissemens dont j'ai parlé plus haut, il en survient d'autres où les matières vomies se rapprochent assez, pour la saveur et l'odeur,

des matières fécales. Les hoquets peuvent précéder ou s'ajouter aux symptômes alarmans que je viens d'énoncer.

Le front est pâle et humide, comme le dit M. *Marjolin* dans sa thèse sur l'opération de la hernie inguinale ; les traits du visage se concentrent vers la ligne médiane, et on peut juger, par l'état effrayant de la physionomie, de l'intensité des symptômes et de la douleur ; le pouls devient plus vif, inégal et concentré; le malade est tourmenté par des angoisses ; il survient des sueurs partielles; les extrémités se refroidissent. Alors le malade, abattu et découragé, se décide à subir l'opération qui lui a été ordinairement proposée ; quelquefois cependant il refuse énergiquement le sanglant secours qu'on lui offr .

Si le malade persiste, et il s'y trouve en quelque sorte autorisé par les symptômes qui vont se manifester, le danger néanmoins devient imminent; le ventre se tuméfie, la douleur se borne à la tumeur; le pouls devient plus fréquent, plus petit et plus intermittent ; le malade ne souffre presque plus; la hernie devient molle, la peau qui la recouvre prend la teinte livide ; la compression y fait éprouver une sensation analogue à celle qu'on éprouve en pressant du tissu cellulaire emphysémateux et infiltré.

Le visage se décompose; une sueur froide et visqueuse coule sur le front, les joues, le cou et la poitrine du malade. Les vomissemens, la douleur cessent presque tout à coup. Ces signes, réunis à la prostration des forces, annoncent bien que la gangrène existe dans la hernie, et qu'elle peut étendre ses ravages dans l'abdomen : c'est ainsi qu'un calme trompeur vient inspirer au malade une confiance qui lui est constamment funeste.

Dans un pareil étranglement, il n'est pas toujours besoin que l'inflammation se termine par gangrène pour que le malade arrive à une fin aussi déplorable; il peut périr dans les premiers temps de cette inflammation, au milieu des convulsions et du tétanos.

La force, l'âge, le tempérament, le sexe, l'état moral des indivi-

dus, sans changer la nature de l'étranglement, peuvent sans doute influer sur l'intensité et la durée des accidens.

Le danger est bien moins grand lorsqu'il n'y a qu'une portion de la circonférence de l'intestin de comprise dans l'étranglement; tous les symptômes sont moins graves, et le cours des matières stercorales n'est pas ordinairement intercepté tout à fait.

Si, comme dans le cas précédent, le malade est abandonné à lui-même, la gangrène s'empare de la portion d'intestin sur laquelle repose l'action mécanique de l'étranglement; les excrémens s'épanchent dans le sac herniaire; la peau s'enflamme, se perfore, et donne bientôt issue aux matières fécales, qui se répandent au-dehors.

Cet aperçu général de la marche de la maladie souffre bien des exceptions; il en sera de même de sa terminaison : ainsi elle se termine par la mort, des infirmités dégoûtantes; et quand un traitement bien dirigé vient seconder la nature dans ses efforts, la guérison peut avoir lieu.

Il est des étranglemens où les hoquets et les vomissemens sont rares ou ne surviennent que tard, et qui cependant ont une issue promptement funeste.

D'autres fois la maladie est traînée en longueur, et les victimes, trompées par le peu d'intensité des symptômes, ont été insensiblement conduites au terme fatal, où le chirurgien, appelé trop tard, ne peut plus agir d'une manière efficace.

Beaucoup moins effrayans ordinairement, les symptômes de l'étranglement épiploïque offrent quelquefois des caractères qui ressemblent beaucoup à ceux fournis par l'étranglement de l'intestin; mais le plus souvent les symptômes sont les suivans. Le ventre est assez souvent libre ou presque libre; les nausées et le hoquet sont peu fréquens; la douleur diminue ordinairement, et dans le ventre et dans la tumeur, dans la position courbée en avant, etc. L'étranglement épiploïque aigu a quelquefois donné lieu à une constipation opiniâtre, à des vomissemens précédés de beaucoup d'efforts, et même à des convuls ons.

L'étranglement par engouement, porté à un très-haut degré, peut être accompagné d'accidens extrêmement graves ; mais ils se développent toujours avec lenteur. Les signes diagnostiques sont quelquefois assez équivoques.

Pour l'ordinaire, les symptômes déjà énoncés ne laissent guère de doute sur la nature de la maladie; par exemple, une tumeur irréductible située dans l'aine doit déjà bien faciliter le diagnostic du chirurgien ; mais ne peut-il pas arriver que la hernie soit inappréciable à nos sens, qu'elle soit tellement petite, qu'elle échappe à notre investigation?

Un individu qui n'a jamais eu de hernie peut être pris de nausées, de vomissemens très-violens qui pourraient bien en imposer jusqu'à un certain point ; mais le cas deviendra bien plus épineux, si les accidens étaient précédés d'une hernie ; alors il faudrait avoir égard à l'état passé et présent de la hernie, à la facilité, à la difficulté ou à l'impossibilité de la réduire, au siége primitif de la douleur, à l'état de la tumeur et de l'abdomen, à la cause présumée de l'accident, tel qu'un effort, un coup, une chute, ou enfin à l'état de l'anneau et du col de la tumeur.

M. *Boyer* doute que l'inflammation se soit jamais développée spontanément dans une hernie ancienne et volumineuse; on conçoit que ce cas soit possible, et alors il devient embarrassant.

*Richter* dit que dans un cas de ce genre l'inflammation et la douleur sont précédées de frisson, de fièvre; le malade commence à souffrir dans la tumeur, l'ouverture herniaire étant intacte.

L'étranglement n'est guère susceptible d'être confondu avec de simples coliques, toutes les fois qu'on sera attentif. Il n'y a pas de signes pathognomoniques qui puissent faire distinguer, dans ces cas, l'étranglement de l'intestin de celui de l'épiploon ; il sera assez souvent facile de les différencier, en passant en revue, 1°. les symptômes diagnostiques de ces hernies ; 2° en comparant les signes de l'étran-

glement de l'un avec ceux de l'autre ; 3° enfin en ayant égard aux parties constituantes de la hernie ; quand on sait qu'on avait affaire, avant l'accident, à une entéro-épiplocèle, il ne peut guère rester de doute. Mais il n'en est pas de même quand, avant tout symptôme, le malade avait une tumeur formée ou par l'intestin ou par l'épiploon. En effet, l'addition d'une portion d'épiploon ne peut-elle pas déterminer l'étranglement d'une entérocèle, et *vice versâ ?*

S'il n'est pas toujours facile de dire *à priori* quels sont les organes sur lesquels repose l'étranglement, il est difficile de discerner les causes qui lui donnent naissance; ce ne sont guère que des recherches sur l'état physique de la hernie et la disposition des parties voisines qui pourront nous fournir des données au moins probables ; ainsi, si la circonférence de l'anneau est tendue, qu'il soit tellement difficile de mouvoir la tumeur qu'elle semble adhérente à ses bords ; si le col est déprimé à ce point que le malade y ressente une très-vive douleur, que les moindres contractions musculaires augmentent, il n'y aura guère à balancer dans le diagnostic. Mais l'anneau inguinal est-il lui seul la cause de l'étranglement? ou bien ne fait-il qu'y concourir avec d'autres parties? Comme nous l'avons vu, le col du sac peut devenir cause de l'étranglement. Voyons s'il sera facile de le reconnaître : la circonférence de l'anneau est moins tendue ; la tumeur est quelquefois mobile au point qu'on peut la repousser au-dessus de l'anneau, sans que pour cela cette sorte de réduction fasse cesser les symptômes.

Les rainures qu'on observe ordinairement sur une tumeur à collets pourront faire présumer que c'est à l'un ou à plusieurs d'entr'eux qu'on peut rapporter la cause des accidens ; mais, encore une fois, rien de certain.

Si, au moyen de nos sens, nous sommes parvenus à acquérir des signes probables des étranglemens de l'anneau et du sac, ils ne nous seront d'aucun secours pour pénétrer jusque dans le sein des parties, pour y reconnaître les diverses altérations dont j'ai parlé plus haut.

Il n'y a guère là que l'opération, qui d'ailleurs est indiquée aussitôt qu'elle est reconnue nécessaire, qui puisse lever tout obstacle sur le diagnostic.

L'étranglement par engouement se fera reconnaître aux symptômes que j'ai énoncés en faisant son histoire.

Il est aussi des causes, rares il est vrai, que l'œil et la main de l'opérateur ne peuvent atteindre, ou n'atteignent qu'avec beaucoup de difficulté; c'était précisément le cas de l'individu observé dans les salles de M. *Dupuytren*, que j'ai dit être affecté d'un étranglement situé bien au-dessus de l'anneau; en même temps que le testicule encore placé dans l'anneau, il portait une hydrocèle de la tunique vaginale; ce ne fut qu'à force de tractions exercées sur le testicule et les lèvres de la plaie faite à la tunique vaginale, que l'étranglement devint accessible à l'instrument de cet habile opérateur. M. *Dupuytren* est le premier qui, je crois, ait ajouté aux signes ordinaires de l'étranglement la sensation d'une espèce de bourrelet plus ou moins tendu, placé à un endroit plus ou moins éloigné de l'orifice inférieur du canal inguinal.

Le prognostic est basé sur l'âge, le tempérament, la force, le sexe du malade, la cause certaine ou probable de l'étranglement, la nature des parties déplacées, et enfin la marche et la gravité des symptômes.

Ces propositions, je le sais, demandent un développement que je donnerai, s'il m'est demandé.

En général, l'étranglement de la hernie inguinale, nous l'avons déjà dit, est un accident des plus graves, contre lequel, quand on perd un temps toujours précieux, l'art et l'artiste échouent, tandis que, dans un temps opportun, ils eussent triomphé.

L'unique indication à remplir ici est, en détruisant l'étranglement, de soustraire les parties à un danger imminent. Deux voies y conduisent, la main nue et la main armée d'instrumens. Le premier moyen

a pour but d'obtenir le retour des parties dans leur position naturelle sans le secours d'une opération sanglante ; le second est mis en usage quand le premier est resté sans résultat heureux, et qu'on n'en doit plus rien attendre ; il consiste dans l'application de l'instrument tranchant sur les causes de l'étranglement ; non pas que le premier moyen consiste uniquement dans l'action manuelle qui réduit les parties herniées, mais, au contraire, il offre une foule de remèdes qu'on applique aux variétés d'étranglemens.

Les premières choses à observer dans une hernie étranglée sont le repos, la diète d'alimens et même de boissons, et une position propre à favoriser la rentrée des viscères dans leur cavité naturelle.

Si, ce qui est très-rare, le chirurgien était appelé dans les premiers temps de l'accident, il devrait s'appliquer à la réduction des parties, au moyen du taxis, qui sera toujours pratiqué avec ménagement et prudence ; quoiqu'on ait dit avoir fait rentrer des hernies, pour ainsi dire, de vive force, sans qu'il soit survenu d'accident, on n'en doit pas moins agir avec beaucoup de réserve. Le malade affecté de hernie étranglée parlera peu et ne fera que de courtes inspirations, parce que les muscles de l'abdomen, lorsqu'ils se contractent, rétrécissent la cavité du ventre et occasionnent de vives douleurs. On parvient à donner une position favorable au taxis, en faisant fléchir les cuisses et la poitrine sur le bassin et l'abdomen, par l'emploi des saignées, soit locales, soit générales, des bains et des antispasmodiques ; la situation doit être telle que la cavité abdominale et l'ouverture herniaire se trouvent sur un plan plus déclive que la hernie. *Cavillard* dit avoir vu des chirurgiens faire faire l'arbre fourchu à leurs malades, et, dans cette position, on agitait quelquefois fortement le bassin ; mais il est facile de sentir que, quelque bien soutenu que soit le malade, ses muscles se contractent avec beaucoup de violence, et que ce moyen, barbare d'ailleurs, est peut-être plus nuisible qu'utile.

Les évacuations sanguines et les bains tiennent bien certainement le premier rang dans l'espèce d'étranglement aigu que j'ai décrite. M. le professeur *Marjolin* conseille de pratiquer la saignée à la plus grosse veine du bras, probablement pour déterminer une syncope qui est presque constamment avantageuse à la réduction. Peut-être ferait-on bien, dans le même but, et pendant la même opération, de donner au malade une position gênante, et de l'engager à regarder couler son sang. J'ai remarqué que la position debout, ou assis sur une chaise sans dossier, favorisait singulièrement le petit accident qui est regardé ici comme avantage.

Si ce moyen ne suffit pas, après avoir été mis en usage une ou plusieurs fois, selon la force de l'individu et l'intensité des symptômes, on aura recours aux saignées locales : des sangsues seront appliquées sur la tumeur, et elles le seront en grand nombre d'abord; car j'ai remarqué que, si on se borne à l'application de quinze, vingt, vingt-cinq sangsues sur une tumeur très-volumineuse et fortement engorgée et tendue, on en obtient rarement de bons effets; elles n'opèrent qu'un dégorgement très-incomplet. Elle devient peut-être un peu moins rénitente pour un instant; mais bientôt elle acquiert un volume et une tension supérieurs, bien plus considérables qu'avant l'évacuation; et on se trouve fort heureux si une nouvelle application de sangsues ramène la tumeur à son état primitif. Dans ce cas on a donc fait moins que si on n'avait agi que sur la masse du sang.

On obtient de bien meilleurs résultats de l'emploi d'un plus grand nombre de sangsues : ainsi quarante, cinquante, soixante, après une saignée de bras assez copieuse, chez un sujet qui n'est pas épuisé, ont très-souvent un succès complet. C'est, dans tous les cas, pendant que les piqûres de sangsues saignent encore, qu'il faut chercher à obtenir la réduction d'une hernie.

Les cataplasmes émolliens, sorte de bains locaux appliqués sur la tumeur après la chute des sangsues, ne peuvent être que très-utiles.

Les bains tièdes, long-temps prolongés, en mettant tous les tissus dans un état de relâchement, d faiblesse en quelque sorte, et en provoquant cet état que nous regardons comme très-heureux, ne devront pas être négligés. C'est en général après la sortie du bain que le taxis a été employé avec plus de succès : mais, je le répète, c'est toujours avec beaucoup de ménagement et de prudence qu'on y aura recours. Des demi-lavemens émolliens seront prescrits pour faciliter la sortie des matières contenues dans la portion d'intestin placée au-dessous de l'étranglement ; des fomentations émollientes et des cataplasmes de même nature conviennent sur la tumeur et la partie inférieure de l'abdomen du côté malade. Dans de très-violentes douleurs, une potion antispasmodique, très-rapprochée et donnée à dose minime, pourra soulager le malade, si elle n'est pas rejetée par le vomissement : dans ce cas, un liniment opiacé ou quelques gouttes de laudanum pourraient avoir des résultats à peu près analogues.

Des émétiques, des purgatifs et des différens réfrigérans, les uns sont en général très-dangereux, et les autres ne doivent être employés qu'avec la plus grande réserve.

Mais ils vont trouver place dans cette espèce d'étranglement que nous avons appelé *par engouement ;* ici les émolliens, les relâchans, si utiles dans la première espèce d'étranglement, seraient dangereux : dans ce cas, on a recours à un autre ordre de topiques plus actifs.

*Belloste* dit avoir employé avec beaucoup d'avantage des espèces de cataplasmes faits avec la noix de galle, l'écorce de grenade, les fleurs de camomille, l'alun et l'hydrochlorate de soude, le tout pilé ensemble et bouilli dans l'eau des forgerons ou dans du gros vin rouge.

*Bell* a souvent eu recours aux fomentations saturnines froides et au vinaigre.

L'eau très-froide est un moyen qui a parfaitement réussi dans un

cas où *J.-L. Petit* était sur le point d'opérer une hernie sur un garçon de vingt-deux ans ; la grand'mère du jeune homme entra, en s'écriant qu'elle allait guérir son fils. Elle le fit coucher tout nu sur une couverture qu'elle avait étendue par terre ; et, après lui avoir fait écarter les cuisses, elle lui jeta brusquement un seau d'eau sur la tumeur, qui disparut sur-le-champ.

La seconde manière d'employer le froid consiste à appliquer de la glace pilée ou de la neige sur la tumeur. Ce moyen peut avoir un prompt et complet succès, surtout dans le cas où ce sont des gaz dilatés qui entretiennent l'étranglement. Quand les matières fécales ont acquis un degré de dureté considérable, ce n'est qu'après qu'elles ont été divisées par des pressions ménagées et autres moyens, que ces topiques peuvent réussir. Le froid n'est donc pas applicable à tous les cas d'étranglement par engouement.

Je n'ai pas besoin de dire que, de temps à autre, on doit faire des tentatives de réduction.

Ici, les lavemens purgatifs seront d'une grande utilité, non-seulement comme propres à débarrasser le gros intestin, mais parce qu'ils sollicitent la contraction du tube intestinal. Ceux qu'on administre le plus ordinairement dans le service de M. *Boyer* sont composés de miel, de muriate de soude, ou d'une décoction de séné, à laquelle on ajoute de l'huile de noix. Une décoction de tabac a eu de bons effets.

La fumée de tabac, qu'on introduisait dans l'intestin au moyen de différens procédés, est tombée en désuétude, ou bien rarement mise en usage. Ce n'est guère que quand on présume un passage encore libre à des boissons légèrement laxatives, qu'on peut se permettre de les administrer.

*Fabrice* d'Aquapendente, *Cavillard*, comme je l'ai dit plus haut, *Sharp*, *Bell* et *Louis* conseillent et disent avoir obtenu de bons résultats de la suspension par les pieds, la tête en bas ; mais ce moyen est tout à fait oublié de nos jours.

Dans tous les cas d'étranglemens, aigus surtout, on doit user de très-grands ménagemens.

Les sensations qu'on éprouve dans les tentatives de réduction peuvent être d'un grand secours dans le diagnostic de l'étranglement. Dans ce moment, le malade se livre ordinairement à des réflexions tristes ; aucun mouvement de l'opérateur ne lui échappe ; dans ses craintes, il semble avoir la perception anticipée de la douleur ; il est enfin dans une contention d'esprit qui est presque toujours accompagnée de raideur dans le système musculaire. Il sera donc souvent très-avantageux, pendant l'opération du taxis, d'arrêter les idées du malade sur des objets qui peuvent et qu'on sait l'intéresser.

Si, par ces moyens, la tumeur disparaît, que les parties déplacées soient allées occuper leur situation naturelle ; si enfin les accidens cessent, et que les matières et les gaz reprennent leur cours ordinaire, le succès est complet. Mais quand, au contraire, après une réduction, les accidens persistent et sont même plus effrayans, le danger est pressant : il faut bien vite aviser aux moyens de faire reparaître la hernie, et ne plus songer qu'à l'opération.

Cependant il est bon qu'on sache que l'intestin qui a subi l'étranglement se débarrasse avec peine des matières qu'il contient ; qu'il ne transmet que lentement celles qu'il reçoit ; de là l'indication d'administrer un léger minoratif.

Si enfin l'usage de la situation, du bain, de la saignée, des topiques, du taxis, etc., n'ont pas réussi à soustraire les parties déplacées à la compression qu'elles souffrent, on doit, sans hésiter, recourir au dernier moyen, à l'opération, qui consiste à inciser les tégumens, le tissu cellulaire sous-jacent, les enveloppes du sac, et ce dernier lui-même et à rendre la liberté aux parties comprimées, en détruisant les causes de constriction, au moyen de l'instrument tranchant ; et enfin à en faire la réduction, ou bien à remédier à leurs altération. Il m'est impossible ici d'entrer dans tous ses détails.

Dans l'opération de la hernie inguinale, on ne saurait apporter trop de soins. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, dans la division des feuillets placés entre ces dernières parties et le sac herniaire, celui-ci doit aussi être ouvert avec beaucoup de ménagement, et divisé de bas en haut.

*Du débridement de l'anneau.*

La lésion de l'artère épigastrique étant un accident extrêmement grave, on a nécessairement dû chercher les moyens de l'éviter. Quand on lit les ouvrages des auteurs qui ont traité de l'opération de la hernie inguinale, si on ne savait à quoi l'attribuer, on serait surpris de leur diversité d'opinions.

Toujours dans le même but, une foule de préceptes ont été enseignés; les uns sont abandonnés, au moins en partie, les autres, au contraire, sont respectés : je ne parlerai que de quelques-uns.

Ainsi on a dit : toutes les fois que vous aurez à opérer une hernie externe, débridez en haut et en dehors ; en haut et en dedans, quand elle sera interne. Lire est très-beau en théorie, mais en pratique il n'en est pas de même; il est souvent fort difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer auquel des deux cas on a affaire.

*Chopart* et *Dessault*, qui se sont bien manifestement aperçu que la situation du cordon des vaisseaux spermatiques, par rapport à la hernie, influait sur celle de l'artère épigastrique, conseillaient de toujours diriger l'incision de l'anneau du côté opposé au cordon. Ce précepte qu'on ne doit jamais perdre de vue, est celui adopté par M. *Boyer*.

Un autre, donné par *Rougemont* et *Scarpa*, et suivi de nos jours par MM. *Dupuytren*, *Lisfranc*, etc., consiste, dans tous les cas, à inciser l'anneau et le col du sac directement en haut, et parallèlement à la ligne blanche.

La situation du cordon étant quelquefois difficile à déterminer, et

d'ailleurs n'ayant jamais vu que de bons, résultats de cette dernière méthode, c'est à elle que j'accorde la préférence.

Toutefois l'incision de l'anneau n'aura que le moins d'étendue possible, car trop grande elle prédispose à la récidive de la hernie.

Le bistouri dont on se servira devra être dirigé de manière à agir plutôt en pressant qu'en sciant, de telle sorte que les parties tendues seules se trouveront comprises dans l'incision, et que l'artère épigastrique, fuyant devant l'instrument, échappera au danger.

On a cherché à déterminer l'époque à laquelle on doit recourir à l'opération. *Ledran* dit qu'on ne peut opérer trop tôt une entérocèle. Il nous semble que ce précepte, sans cependant devoir être pris à la lettre, est vrai. En effet, peut-on comparer les avantages et désavantages qu'il peut y avoir à opérer de bonne heure, avec les graves inconvéniens qu'il y a à recourir trop tard à ce moyen?

MM. les professeurs *Boyer*, *Dupuytren*, *Richerand*, *Marjolin* conseillent de ne pas perdre un temps précieux en hésitant trop longtemps. « Il arrive, dit ce dernier praticien, qu'on est appelé auprès d'un malade lorsque les accidens sont portés à un très-haut degré. » Je ne pense pas que cette circonstance défavorable doive empêcher qu'on ne pratique l'opération, et qu'elle ne réussisse, quand bien même la gangrène commencerait à s'établir.

*Dionis* conseillait de n'y avoir recours qu'après deux ou trois jours de tentatives de réduction. Mais c'est bien moins le temps depuis lequel l'étranglement subsiste, que l'intensité des symptômes, la force, l'âge, le sexe du malade, un état de grossesse, par exemple, qui doivent nous diriger dans le choix du temps d'une opération qui n'est pas sans danger.

Je ne suis pas sans m'être aperçu des vastes lacunes que j'ai laissées à chaque pas dans cet opuscule.

Tous mes efforts seront consacrés à les remplir en satisfaisant, autant qu'il sera en moi, aux questions qui me seront adressées par mes juges.

FIN.

# HIPPOCRATIS APHORISMI.

## I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

## II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

## III.

Mulierem in utero gerentem ab aliquo morbo corripi, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 30.

## IV.

Mulieri sanguinem evomenti, menstruis erumpentibus, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 32.

## V.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

## VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea incurabilia. *Sect.* 8, *aph.* 6.